QUESTIONS TIRÉES AU SORT.

N° ~~22~~ 12.

Arrêté du Conseil royal de l'instruction publique, du 26 septembre 1837.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Comment reconnaître si le baume du Pérou a été falsifié par l'huile fixe.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Des caractères de la claudication par élévation ou inclinaison latérale essentielle du bassin ; quel est le mécanisme de cette difformité.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Des circonstances qui influent sur la régularité du cal ; qu'entend-on par cal vicieux et quels sont les moyens d'y remédier ?

SCIENCES MÉDICALES.

Qu'est-ce que l'acné ? Etablir le siége, les causes ; décrire les symptômes de l'acné rosacea.

THÈSE

présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 31 Août 1841 ;

PAR JUSTIN-MARTIAL DUPLAN,

DE SAUVETERRE (GERS),

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER,

FRÉDÉRIC GELLY, IMPRIMEUR, RUE ARC-D'ARÈNES, 1.

1841.

A LA MÉMOIRE

D'UN PÈRE ET D'UNE MÈRE

CHÈRIS.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LOUIS-GERMAIN DUPLAN,

mon bienfaiteur.

J. DUPLAN.

A MON ONCLE ALEXANDRE DUPLAN.

A MA SŒUR

ET A MON BEAU-FRÈRE.

A MES AUTRES PARENTS.

J. DUPLAN.

Sciences accessoires.

Comment reconnaître si le baume du Pérou a été falsifié par l'huile fixe.

En étudiant cette question, j'ai été surpris des opinions discordantes des botanistes sur le végétal qui fournit le baume du Pérou. M. Richard avait pensé que ce baume et celui de Tolu étaient les produits du même végétal (Bot. méd.). D'autres avaient cru pendant long-temps que les arbres qui fournissent ces baumes exotiques appartenaient à deux genres différents. Ceux-ci, comme on l'a fait de nos jours, avaient émis l'opinion que le baume du Pérou faisait partie de la famille des légumineuses, mais ils avaient placé le baume de Tolu dans celle des térébinthacées.

Je vais donc, avant d'entrer en matière, exposer les diverses opinions qui ont été émises à ce sujet, et je chercherai à déterminer quel est le végétal qui fournit ce produit exotique.

L'arbre dont on le retire n'a pas été le même pour tous les auteurs, et, s'il faut en croire Joseph de Jussieu, les recherches des naturalistes et les observations des voyageurs ne l'avaient pas encore fait connaître de son temps. Linné avait cru pouvoir l'attribuer au *myroxylon peruiferum*, Jaq. et D. C. au *myrospermum peruiferum*, Lamark au *myrospermum pedicellatum*, et, plus tard, au *frutescens*. Roques a désigné sous le nom de *myroxylon peruiferum*, un arbre qui croît dans les forêts de l'Amérique méridionale, et qui, d'après cet auteur, fournit le baume du Pérou.

Joseph de Jussieu a décrit le *myrospermum pedicellatum* qui croît dans le même lieu; enfin, MM. Humb. et Bonpl. ont décrit une variété de ce végétal, qu'ils ont désigné sous le nom de *myroxylon pubescens*.

Au milieu de ces opinions si divergentes, il serait difficile de découvrir où est l'erreur; mais elle provient de ce que bien peu de naturalistes ont pu voir eux-mêmes cet arbre du nouveau continent, et de ce que d'autres ont vu des échantillons qui ne provenaient pas du vrai *myroxylon*.

M. Richard qui, dans sa botanique médicale, avait avancé que les baumes du Pérou et de Tolu étaient les produits du même végétal, change bien de langage dans ses éléments d'histoire naturelle médicale. Il dit que, dans le véritable *myroxylon peruiferum*, qui croît au Pérou et qu'on cultive jusqu'aux environs de Carthagène, les folioles sont épaisses, coriaces, aiguës, rétuses à leur sommet, et que la foliole terminale n'est pas plus grande que les autres; tandis qu'au contraire l'espèce qui fournit le baume de Tolu a ses folioles minces, membraneuses, obovales, longuement acuminées à leur sommet et la foliole terminale plus grande que les autres.

La rétractation de M. Richard, basée sur de nouvelles recherches et surtout sur l'examen de plusieurs échantillons qui lui ont été communiqués par M. de Humbolt, doit nous faire adopter son opinion, qui est d'ailleurs celle de tous les naturalistes; et comme il paraît que deux variétés du même genre fournissent le baume du Pérou, j'emprunterai à M. Fée la description qu'il en donne dans son ouvrage d'histoire naturelle pharmaceutique.

1° Le *myroxylon peruiferum*. Cet arbre est revêtu d'une écorce lisse, épaisse, résineuse, ainsi que toutes les parties du végétal; feuilles

alternes composées de deux rangs de folioles, pédicellées, glabres, ovales, lancéoloées, traversées par des points transparents et résineux, pétiole et nervure principale pubescente, fleurs disposées en grappes droites, axillaires, unilatérales, plus longues que les feuilles gousses vertes.

2° Le *myroxylon pubescens* (Humb. et Bonp.) est un peu différent du précédent; son tronc est élevé, à rameaux hérissés, feuilles composées de dix à douze rangées de folioles sous-équilatérales, ovales, oblongues, sous-acuminées, émarginées, arrondies à leur base, presque cordiformes, glabres en-dessus, pubescentes en-dessous, portées sur des pétioles hérissés de poils.

Le *myroxylon peruiferum*, ou *myrospermum peruiferum* de quelques auteurs, fait partie de la famille des légumineuses papillionacées, tribue des sophorées. Cet arbre fournit un baume autrefois très-estimé; il découle des branches et des rameaux après leur incision. Le *myroxylon pubescens* ne paraît pas être cultivé dans le même lieu que le précédent; il croît plus au nord et jusqu'aux environs de Carthagène. L'origine du baume du Pérou a été long-temps méconnue; nous en devons la première description à Linné le fils, à qui Mutis envoya un rameau de cet arbre chargé de ses feuilles et de ses fleurs.

D'après Alibert, il croîtrait au Pérou, au Mexique, au Brésil.

La plupart des auteurs ne distinguent que deux espèces de baume du Pérou : le blanc et le noir ; les autres en distinguent au moins trois principales :

1° Le blanc, qui découle naturellement du *myroxylon* et qui est conservé dans des bouteilles de verre bien bouchées. Cette espèce, d'un beau jaune doré, et la plus estimée, ne se trouve pas dans le commerce.

2° Le brun fauve, qui s'obtient en pratiquant des incisions peu profondes au *myroxylon*, est renfermé dans les calebasses qui ont servi à le recevoir : c'est le baume en coques. Sa saveur est chaude, piquante, aromatique ; il a l'odeur du benjoin ; son parfum est des plus agréables. Il est peu inflammable et répand une fumée blanche, qui est due au dégagement de l'acide benzoïque. Ce baume est un peu moins pur que le précédent ; il est assez répandu dans le commerce, et on devrait désirer le rencontrer quelquefois dans les pharmacies.

3° Enfin, le baume liquide ou baume noir du Pérou, qu'on obtient par la décoction de l'écorce des rameaux et des bourgeons du *myroxylon*, et qui est celui qu'on rencontre presque exclusive-

ment dans les pharmacies. Il a un peu l'odeur de la vanille ; quand il est en masse , il est opaque et donne lieu à quelques reflets rougeâtres. Sa saveur est âcre , chaude , un peu amère. Cette espèce, quoique la moins estimée , est cependant très-souvent falsifiée par un assez grand nombre de substances que je mentionnerai bientôt. M. Fée en admet une quatrième espèce qui tient le milieu entre le deuxième et le troisième, et qui n'en est qu'une variété.

Les espèces de ce baume ont été aussi peu connues que l'arbre qui le fournit. Le mode d'extraction n'a pas été le même pour tous les auteurs. Les uns disent qu'on met en usage les mêmes procédés que pour extraire le baume de la Mecque; d'autres prétendent qu'il découle naturellement de l'arbre. Il en est d'autres, enfin, qui ont avancé qu'il n'en découle que lorsqu'on y a pratiqué des incisions. Ces incisions sont faites aux branches et aux rameaux d'après les uns, ou au tronc d'après les autres. Enfin, la différence qui pourrait exister entre le baume qui découle du *myroxylon peruiferum* et celui qui découle du *pubescens* n'a été l'objet d'aucune recherche.

Le baume du Pérou, considéré d'abord par Lichtemberg comme un suc végétal particulier, simple dans sa composition, donne par l'analyse,

d'après M. Stoltz, les principes immédiats suivants :

Résine brune peu soluble.....	24
id. soluble.....	207
Huile de B. du Pérou, jouissant de propriétés *sui generis*.....	690
Acide benzoïque.....	64
Matière extractive.....	6
Humidité et perte.....	9
	1,000

Je regrette de n'avoir trouvé dans mes recherches aucune autre analyse que celle que je viens de donner; encore est-ce celle du baume noir.

Ce baume, autrefois si vanté par ces propriétés anti-asthmatiques, céphaliques, vulnéraires, stomachiques, et qu'on employait aussi dans les affections chroniques des voies urinaires, est un médicament qui semble aujourd'hui être tombé dans l'oubli. Quelques thérapeutistes modernes lui refusent les propriétés si vantées par Hoffmann, Van-Swieten, Werlhlof; n'en pourrait-on par accuser la cupidité des marchands qui, les portant à substituer ou à mélanger à ce baume des substances étrangères, auraient enlevé ce médicament à la thérapeutique? D'autres, enfin, prétendent que ces propriétés sont les mêmes que celles du baume de Tolu. Mais

encore à l'époque où les botanistes n'étaient pas d'accord sur le végétal dont on retirait ce médicament, les pharmaciens à leur tour n'auraient-ils pas pu donner l'un à la place de l'autre? Si ces observations étaient bien constatées, elles viendraient à l'appui des recherches de M. de Candole sur les propriétés médicales des plantes ; il a démontré que, dans les mêmes familles, un grand nombre d'entre elles jouissaient des mêmes vertus thérapeutiques.

Ce baume est très-soluble dans l'alcool et peu soluble dans l'éther; traité par ce dernier réactif, suivant Berzélius, il laisse en non solution une substance blanche qui conserve une partie de l'odeur du baume, et contient 88 parties de résine, 12 parties d'acide benzoïque, et quelques traces d'huile volatile. L'huile d'amandes dissout la moitié du baume du Pérou, sans changer ni son odeur ni sa couleur, la portion non dissoute est une substance onctueuse d'un brun foncé. Chauffé dans un vase distillatoire, il entre en ébullition à 287 degrés. Il se volatilise d'abord une portion de l'huile, puis le baume commence à se décomposer, et en élevant peu à peu la température jusqu'à 325 degrés, il se décompose complètement (Berzélius).

D'après M. Fée, ce baume distillé avec l'eau

donne, dans la proportion de 1 sur 16, une huile essentielle limpide, rougeâtre. 100 parties dissoutes dans l'esprit-de-vin, exigent 75 parties de sous-carbonnate de soude cristallisé, pour saturer l'acide benzoïque qu'elles contiennent. 10 parties de baume en fournissent 1 d'acide benzoïque (Fée). Traité par l'acide sulfurique, il donne lieu à un magma brun assez épais. Traité par l'acide nitrique, je l'ai vu se décomposer avec dégagement de gaz et répandre une odeur d'acide hydrocyanique.

Ce baume entre dans la composition des pilules balsamiques de Morton et dans le baume Nerval.

Les nombreuses falsifications de ce médicament ont dû le faire abandonner pour le baume de Tolu, qui ne paraît pas posséder des vertus aussi actives.

Ce médicament, d'un prix assez élevé, assez rare et d'une consistance oléagineuse dans l'état frais, a dû exciter la cupidité des droguistes. Parmi les subtances qui ont servi le plus souvent à sa sophistication, je mettrai en première ligne les huiles. On a dû songer à employer d'abord les huiles volatiles; mais celles-ci possédant le plus souvent des odeurs assez fortes, étaient vite reconnues, surtout quand on chauffait le baume qui les contenait. Il n'en est

pas de même des huiles fixes; aussi en a-t-on usé largement. Mais on a dû choisir celles qui rancissent le moins vite ; ainsi, l'huile de Ben, par exemple, qui rancit assez difficilement, aurait pu être employée de préférence, si sa cherté n'y avait mis obstacle. Mais parmi celles qu'on a dû employer, on a donné sans doute la préférence aux huiles siccatives, alors surtout qu'on a voulu falsifier le baume brun du Pérou qui, d'abord liquide, finit par se solidifier.

Je vais maintenant indiquer les moyens auxquels on peut reconnaître les falsifications de ce médicament

Ce baume est entièrement soluble dans l'alcool absolu. S'il reste un résidu, on doit alors penser que ce médicament renferme de l'huile fixe. N'ayant trouvé dans les auteurs aucun autre procédé capable de faire reconnaître la présence de cette huile et cette expérience m'ayant paru très-imcomplète, j'ai cru convenable de me livrer à quelques autres pour aller plus sûrement à la découverte de cette falsification.

Ainsi, sans parler de ce résidu insoluble qu'il faudrait traiter par un alcali pour être certain que c'est une huile fixe, je suppose qu'un sophisticateur plus avisé emploie une huile soluble dans l'alcool: cette expérience serait alors en défaut. Il me semble qu'il suffira, dans ce cas,

sans aller à la recherche des réactifs, de traiter le baume par l'eau, et l'huile s'en séparera.

Le degré d'ébullition du baume pourra encore fournir un caractère distinctif de sa pureté. Ainsi, son degré d'ébullition étant porté par Berzélius à 287°, il s'ensuit qu'un baume qui ne bouillirait pas à ce degré, devrait contenir des matières étrangères.

Voici encore deux expériences que j'ai pratiqué et qui me paraissent d'une exécution très-facile :

1° Ayant trempé un papier non gommé dans du baume pur et l'ayant fortement chauffé, ce baume s'est entièrement volatilisé et il n'est resté sur le papier qu'une nuance très-légère de la couleur de ce baume. Mélangeant ensuite trois parties de baume à une partie d'huile fixe, j'y ai trempé aussi du papier non gommé que j'ai exposé à une forte chaleur, mais cette fois les choses ont été loin de se passer de la même manière, car le baume s'étant volatilisé, le papier a conservé la tâche de l'huile qui y était mélangée.

2° Ayant ensuite versé à plusieurs reprises quelques gouttes de baume pur sur des charbons ardents, la combustion en a fait dégager une odeur très-agréable d'acide benzoïque. Après avoir répété cette expérience avec du baume contenant de l'huile fixe, une odeur fétide d'huile brûlée a

succédé à celle d'acide benzoïque qui venait de se dégager.

Enfin, je mentionnerai en terminant d'autres falsifications de ce baume :

1° Par les huiles essentielles que leur odeur fait facilement reconnaître.

2° Par le baume de copahu mieux désigné sous le nom de *résine de copahu*, que son odeur met en évidence, quand on fait chauffer le baume qui en renferme.

3° Ce baume contient quelquefois une petite quantité d'alcool qu'il est facile de découvrir ; il suffit de verser dans un tube gradué une quantité de baume qu'on a le soin de noter, on y verse ensuite de l'eau et on agite le mélange : celle-ci s'empare de l'alcool et le tube gradué accuse une moindre quantité de baume.

Anatomie et Physiologie.

Des caractères de la claudication par élévation ou inclinaison latérale essentielle du bassin; quel est le mécanisme de cette difformité.

La claudication est le balancement du corps provenant de l'inégalité de longueur des membres pelviens, de leur faiblesse, ou des vices de conformation de l'épine ou du bassin.

J'ai à traiter seulement de la claudication par élévation, ou inclinaison latérale essentielle du bassin.

Et d'abord, cette inclinaison peut-elle être appelée essentielle, au moins dans l'acceptation générale? L'inclinaison du bassin est quelquefois la conséquence d'un vice de conformation congéniale, mais peut-on dire, dans ce cas, que cette inclinaison est essentielle.

Un bassin peut être incliné de deux manières différentes; d'abord, par le développement anormal d'un des côtés de cette enceinte osseuse qui

peut subir divers modes d'inclinaison ; il peut encore l'être à la suite d'une incurvation latérale de l'épine.

Aurait-on songé à appeler inclinaison essentielle cette difformité du bassin, décrite par Nægelé, et qu'on pourrait croire d'abord pouvoir être ainsi désignée. Mais si on examine un de ces bassins, on remarquera l'os innominé, soudé au sacrum, représenter une espèce d'ankylose ; je demande si une telle difformité peut être appelée essentielle. On entend par maladie essentielle, celle qui existe par elle-même; elle ne peut être symptomatique d'une lésion organique. On objectera peut-être qu'il n'est pas démontré qu'une maladie ait pu donner naissance à cette ankylose complète, ou à cette fusion de l'un des os coxaux avec le sacrum ; mais dans cette circonstance, pourrait-on prouver le contraire? Je pense que les opinions seraient divisées à ce sujet. Mais encore, si on ne voulait voir dans un bassin ainsi déformé, qu'un arrêt de développement dans les pièces osseuses, cette inclinaison ne serait pas essentielle, on l'explique en embryogénie.

Le développement des divers points d'ossification n'étant pas quelquefois en harmonie avec le tout que chacun d'eux est destiné à former, leur accroissement se fera d'une manière vicieuse.

Ainsi, chaque point d'ossification ayant des vaisseaux et des nerfs qui viennent le vivifier, il suit que l'action d'un nerf venant à ne plus s'exercer sur la partie, ou le développement d'un vaisseau étant incomplet, cet os sera arrêté dans son développement; il pourra s'opérer une fusion de ces diverses parties, mais la difformité qui en résultera ne sera pas essentielle.

Enfin, après avoir long-temps examiné cette question, j'ai cru devoir la traduire en ces termes: *Décrire les caractères de la claudication provenant de l'élévation ou de l'inclinaison latérale du bassin;* c'est sous ce point de vue que j'envisagerai cette question, qui ne laisse pas de présenter de grandes difficultés par la rareté des cas et la nouveauté du sujet. Delpech mentionne à peine quelques difformités congéniales ou accidentelles du bassin; ce sujet, dit-il, est encore tout neuf, un plus grand nombre d'observations en complétera un jour l'histoire. Je ne puis donc espérer d'offrir les caractères bien tranchés d'une claudication que les auteurs d'orthopédie n'ont pas encore décrit, et que je n'ai pu observer.

Mais afin de pouvoir établir quelques caractères différentiels, qui puissent me servir à faire distinguer cette claudication, je vais d'abord parler de quelques cas particuliers que je comparerai à ceux qui dépendent de l'inclinaison latérale du bassin.

Morgagni rapporte plusieurs observations très-intéressantes de claudications, mais presque aucune sur les difformités du bassin.

Il parle d'un cas dans lequel l'os innominé du côté gauche était beaucoup plus saillant et plus développé que celui du côté opposé; mais dans ce cas, il a plutôt attribué la claudication au raccourcissement du col du fémur qu'à la difformité du bassin. Il a rencontré plusieurs fois la tête du fémur aplatie avec absence du ligament rond. Dans tous ces cas, la cavité cotyloïde était plus déprimée et moins profonde que dans l'état normal; elle était quelquefois aussi plus éloignée de l'articulation des os du pubis. Cet observateur a rencontré le col du fémur plus court que dans l'état normal, chez une femme qu'il a pu observer pendant la vie, et qui marchait en s'appuyant sur la partie du métatarse la plus voisine des orteils. Ce cas est extrêmement remarquable, et on doit être surpris qu'un léger raccourcissement du col du fémur ait pu obliger la femme à marcher sur l'extrémité du métatarse. Dans les cas d'inclinaison latérale du bassin, une élévation plus considérable de la cavité cotyloïde n'occasionne pas un raccourcissement aussi considérable du membre inférieur; je ferai plus tard ressortir cette différence (1).

(1) Morgagni a encore observé des anomalies artérielles et veineuses, accompagner les difformités du bassin; il cite

Toutes ces difformités ont été rencontrées par hasard chez des sujets qui avaient succombé à la suite de différentes maladies. Leur claudication ne faisaient point le sujet des recherches de Morgagni, il n'a donc pu voir le rapport qui existait entre la claudication et la difformité. Cet auteur fait observer qu'il a plus souvent rencontré ces difformités sur des bassins de femme ; il se demande si celles-ci y sont plus sujettes, à cause de la structure moins robuste de leur corps.

L'épine et le bassin sont souvent déformés l'un par l'autre, et suivant Delpech, « le bassin ne peut manquer de partager le sort de l'épine, lorsque cette dernière se laisse déformer en conséquence d'une altération de la constitution des os; mais il n'est pas bien étrange, dit-il, que les formes et les dimensions du bassin n'aient rien à perdre par des déviations de l'épine provenant de toute autre cause. » Un fait cité par Morgagni vient prouvee cette assertion : « Un enfant souffrait du membre inférieur droit; à la suite de la douleur, le membre se raccourcit, et à l'autopsie on vit que la maladie de l'articulation coxo-fémorale avait légèrement courbé l'épine sur le côté opposé. »

encore l'observation d'une femme dont l'utérus était incliné du côté où elle boitait. Dans ce cas, l'os coxal formait un contour latéral plus grand que du côté gauche, et la cavité cotyloïde était deux fois plus profonde que celle du côté opposé.

Nægelé a aussi observé qu'il avait dans la difformité qu'il a si bien décrit, inclinaison des vertèbres lombaires, et il ajoute que dans tous les bassins qu'il possède, et sur lesquels il existe des vertèbres lombaires, la face antérieure du corps de ces vertèbres est plus ou moins tournée du côté où existe l'ankylose.

D'autres auteurs non moins dignes de foi, ont encore observé que, dans les diverses difformités, certains muscles deviennent grêles et comme atrophiés, tandis que d'autres prennent un développement remarquable ; ceux-ci ont augmenté de volume en doublant leur mode d'action, les autres doivent leur atrophie à l'inaction à laquelle la difformité est venue les condamner.

Je vais citer d'autres exemples de claudication qui se rapprochent beaucoup plus de celle que j'ai à décrire, et qui serviront mieux à établir le diagnostic différentiel ; cette espèce pourrait même induire en erreur, puisque la démarche est à peu près la même que dans certains cas dont j'ai à parler : je veux dire, celle qui provient du relâchement des ligaments de l'articulation coxo-fémorale. Cette claudication ne saurait être confondue avec une inclinaison du bassin, quand elle existe des deux côtés ; mais lorsqu'elle n'existe que d'un seul et à un faible degré, elle pourrait alors être confondue avec celle qui résulterait

d'une inclinaison du bassin; mais en examinant les parties, on pourra, dans la déambulation, constater l'ascension du trochanter ainsi que son mouvement de rotation, qui font facilement reconnaître le relâchement de l'articulation coxo-fémorale.

J'ai pu observer deux sujets atteints de cette infirmité; ils avaient une déambulation dandinante, les ligaments étaient relâchés des deux côtés. Chez l'un d'eux ce relâchement était porté à un très-haut degré; les muscles fessiers avaient pris un volume considérable, ils concouraient à retenir la tête du fémur et paraissaient ainsi être venus au secours des ligaments. Je ne parlerai pas de la claudication qui provient du défaut de développement d'un des côtés du corps, il y a nécessairement inclinaison de ce côté.

Cette claudication, qui ressemblerait assez, quant à la déambulation, à celle qui serait causée par l'inclinaison latérale du bassin à la suite d'une incurvation de la colonne vertébrale, est une difformité qu'il suffit de mentionner, et j'abandonne ces faits, qui ne sont qu'accessoires à mon sujet, pour m'occuper plus spécialement des vices de conformation du bassin.

Un grand nombre de claudications congéniales dépendent de la conformation vicieuse du bassin, lorsque cette enceinte osseuse a subi une éléva-

tion ou inclinaison latérale, les cavités cotyloïdes ne se trouvant plus sur la même ligne horizontale et à la même distance de l'axe du bassin, il doit y avoir nécessairement claudication; cependant il serait encore possible qu'un cas de cette nature n'en présentât pas, car le membre du côté surbaissé pourrait avoir un raccourcissement égal au surbaissement du bassin.

Les exemples nombreux de conformations vicieuses du bassin, prouvent que cette partie du squelette est le plus souvent altérée dans sa capacité et dans la régularité de sa structure; mais ces difformités tiennent à des causes toutes différentes et que je ne dois pas examiner.

Lobstein a vu les détroits du bassin déformés par la mauvaise direction des pièces qui le composent, et il cite l'observation d'un bassin dont les pubis étaient placés plus bas que de coutume, tandis que le sacrum et les os coxaux étaient ou paraissaient être relevés du côté de la colonne vertébrale.

On voit dans quelques bassins l'inflexion de la cavité cotyloïde en arrière avec dépression de la région pubienne, les trochanters sont portés plus haut, les muscles psoas et iliaques tendus par cette déformation portent en-dehors le pied, qui n'est appuyé que sous la pointe, et la claudication est alors sautillante.

Enfin, on voit des bassins qui semblent avoir subi une dépression latérale telle, que leur forme est triangulaire. Les deux os coxaux étant ainsi déprimés, les pubis sont repoussés en avant. Cette région est même quelquefois très-saillante, mais ordinairement un peu déviée, la dépression des os coxaux étant toujours un peu plus grande d'un côté que de l'autre ; mais cette difformité peut n'avoir lieu que d'un côté, il y a claudication dans ce cas et déambulation dandinante plus marquée, d'un côté que de l'autre, dans le cas précédent (Delpech et Trinquier).

Je dois encore, afin de pouvoir comparer les diverses claudications, citer un cas relatif à une autre difformité du bassin provenant d'une cause toute différente, et que Nægelé a fait connaître le premier; il mérite une attention toute spéciale ; et je terminerai les faits que j'ai à rapporter, en citant une observation de cet auteur, une des plus importantes à mon sujet, puisqu'il a pu observer la déambulation, et après la mort la difformité dont le sujet était atteint.

« G. A., de la Bavière Rhénale, jeune fille de 19 ans, brune, fraîche, bien portante, d'une taille au-dessus de la moyenne, était grêle, mais paraissait d'ailleurs bien conformée. Néanmoins, en l'observant marcher, Nægelé avait cru remarquer une légère claudication dépendant d'un peu de

raccourcissemeut du membre inférieur gauche. Mais ayant voulu demander aux parents des renseignements sur cette claudication, ils lui donnèrent tous l'assurance qu'elle n'avait jamais boité. (Il me suffira de dire qu'il vaut toujonrs mieux, dans la pratique, croire à ce qu'on voit, qu'aux renseignements qu'on ne peut puiser qu'auprès des malades ou des membres de leur famille). Elle avait toujours joui d'une bonne santé.... Elle était née de parents bien constitués, et remarquablement grands ; ses frères et sœurs sont doués d'une bonne constitution ; mais un de ses frères ayant été désigné par le sort, les médecins chargés de l'inspection des conscrits, trouvèrent qu'il avait une hanche plus élevée que l'autre. (Je regrette qu'on n'ait pas dit s'il existait aussi chez lui un peu de claudication). A. avait été bien réglée depuis l'âge de 16 ans ; elle touchait au terme de sa première grossesse.... L'accouchement fut très-laborieux et ne put se terminer que par l'application du forceps. L'accouchée fut prise des symptômes de la fièvre puerpérale, et succomba cinq jours après l'accouchement.

Je vais donner un aperçu rapide de la difformité de ce bassin ; le sacrum est composé de quatre pièces, le coccyx de six. Le premier de ces os est porté à gauche, et la symphyse du pubis

à droite. La moitié gauche du sacrum est incomparablement moins longue, plus grêle, moins développée que la droite. Les os innominés sont, au premier coup-d'œil, remarquables par leur défaut de symétrie. Celui du côté gauche semble avoir été poussé en haut et en dedans, de sorte que la crête iliaque, la cavité cotyloïde et la tubérosité sciatique sont plus élevées qu'à droite. L'épine sciatique gauche est plus enfoncée et plus reculée que la droite; elle n'est éloignée que de neuf lignes de l'apophyse transverse de la première vertèbre coccygienne, tandis que la droite s'en trouve distante d'un pouce neuf lignes. Le prolongement aîlé ou portion iliaque de l'os innominé, est à gauche plus relevé qu'à droite, et forme, avec un plan horizontal, un angle plus ouvert (Nægelé). »

Il est une observation bien importante à faire sur le bassin dont je viens de parler, ainsi que sur tous ceux qui présentent cette même difformité; ils n'ont rien en eux qui ressemble à ceux qui ont été déformés par le rachitisme, leur développement est assez considérable; les os, au lieu d'être moins consistants que chez les sujets rachitiques, présentent au contraire une dureté propre aux individus d'une bonne constitution; mais on a aussi remarqué que les sujets atteints de cette difformité ont, dès leur bas-âge, une démarche

pénible, que le sexe plus tard s'étudie à corriger et qui paraît être très-peu claudicante, puisque dans la dernière observation que je viens de rapporter, Nægelé put à peine s'apercevoir de la claudication de cette femme, dont le bassin était très-difforme, et, s'il faut en juger par le dessin qu'il en donne dans son ouvrage (*pl. Ire*), la cavité cotyloïde du côté gauche était beaucoup plus élevée que celle du côté opposé.

Comparant maintenant cette observation au cas de raccourcissement du col du fémur cité par Morgagni, on doit se demander comment un raccourcissement peu considérable du col de cet os obligeait la femme à marcher sur la pointe du pied, tandis qu'une élévation beaucoup plus considérable de la cavité cotyloïde, donnait lieu à une claudication à peine perceptible. Faut-il croire qu'il y a raccourcissement du corps du fémur, quand il y a brièveté dans son col, et d'un autre côté qu'il y a allongement du membre inférieur, quand il y a élévation de la cavité cotyloïde? Je désire que les observateurs en recherchent la cause.

La dernière observation que j'ai rapporté me suggère encore une autre réflexion. Cette difformité décrite par Nægelé, et que cet auteur n'a rencontré que sur des bassins de femme, ne pourrait-elle pas aussi se trouver chez l'homme et

peut-être même être héréditaire? En effet, le frère de cette jeune fille, qui fait le sujet de cette observation, avait une hanche plus élevée que l'autre. Je ne prétends rien conclure de ce seul fait, mais il mérite cependant d'attirer l'attention des observateurs.

Je crois avoir suffisamment prouvé, par des exemples, que l'action mécanique de la claudication que j'avais à décrire, ne se traduit à l'extérieur ni par une déambulation d'andinante, comme dans le relâchement des ligaments, ni par une démarche sautillante, ainsi qu'elle a lieu dans l'inflexion de la cavité cotyloïde en arrière, mais qu'elle est claudicante, ainsi qu'on l'entend en orthopédie. Enfin, il suffira, dans le plus grand nombre de claudication, d'observer si le boiteux marche sur la plante du pied ou sur la pointe. Ainsi, on peut dire généralement que chez les premiers, il y a vice de conformation du bassin, chez les autres défaut de longueur dans les os ou raccourcissement dans les muscles de ce membre.

Sciences chirurgicales.

Des circonstances qui influent sur la régularité du cal; qu'entend-on par cal vicieux et quels sont les moyens d'y remédier?

On a donné le nom de *cal* à la substance au moyen de laquelle s'opère la réunion des fractures. Hippocrate, Arétée, Celse, n'ont pas donné de théorie sur la formation du cal. Les premiers chirurgiens pensèrent que le cal était une espèce de colle dont l'extrême viscosité réunissait les parties séparées. D'autres le comparaient plus ingénieusement à la sève qui découle d'une branche qu'on vient de rompre.

Ambroise Paré partage l'opinion de Galien (1).

Enfin, Courtial (*Maladie des os*, pag. 87 et 89) se trouvant sur la voie de la découverte, pensait que les os, dans leur état primitif, étant aussi

(1) Le calus, dit-il, se fait de ce qui abonde de l'aliment de l'os rompu, laquelle substance le tient et l'agglutine, et avec le temps s'endurcit si fort que l'endroît de telle glutination se rouve plus ferme et plus dur que l'autre partie non rompue

mous que les chairs, ne devaient changer leur mollesse en dureté qu'au moyen de la nourriture que le sang leur envoie ; il faut donc, dit cet auteur, qu'il fasse lui-même ou qu'il ait avec lui les parties propres à faire ce changement.

Hunter rapportait la formation du cal à l'organisation et à l'ossification successive du sang.

Haller, admettait comme les anciens, l'épanchement d'une lymphe gélatiniforme qui s'écoulait principalement de la moelle, et qui contenait les rudiments de l'organisation osseuse.

Bordenave pensait que la réunion des os était assez analogue à celle des parties molles, et qu'elle était due au développement de bourgeons qui peu à peu recevaient du phosphate calcaire.

Duhamel admettait que la tumeur du cal était due au gonflement du périoste, à l'ossification de ses lames internes, et à celle de la membrane médullaire.

D'après les expériences de Breschet et Willermé, ce phénomène est toujours le résultat d'une série de changements, qui ont lieu dans les parties molles environnantes, dans le périoste, dans la substance médullaire, dans les cavités et les tissus des os eux-mêmes, et enfin dans la substance qui se trouve entre les deux fragments (Dict. S. Cooper).

Je citerai enfin la théorie de Dupuytren, qui

n'est, à proprement parler, que la reproduction de celle de Duhamel; il n'entre pas dans mon sujet de discuter ces différentes théories

On s'est demandé si la matière qui sert à former le cal, et qu'on a généralement appelé suc osseux, était la même que la lymphe plastique qui sert à la réunion des plaies des parties molles. La question est, je crois, loin d'être résolue.

La formation du cal au lieu d'être due à une action mécanique, comme on l'avait autrefois pensé, est un phénomène purement vital, qui s'opère autour des parties lésées et qui peut être entravée par un grand nombre de maladies dont j'ai à parler.

Les circonstances qui peuvent enrayer la formation du cal dépendent de causes différentes, et quelquefois même toutes opposées. Enfin, diverses maladies et certaines constitutions sem blent s'opposer à sa formation. Je vais parcourir rapidement toutes ces causes.

Je ferai connaître les circonstances qui favorisent le plus sa régularité, en passant successivement en revue celles qui s'opposent à sa formation.

Age. Dans l'enfance où la nature est occupée au développement des divers systèmes, les fractures guérissent dans un espace de temps extrêmement court. Dans cet âge, le cal s'est quelquefois

tellement confondu avec l'os, qu'il est impossible de le reconnaître, soit à l'extérieur, soit à l'aide de coupes verticales pratiquées à l'endroit où l'os a été fracturé; cependant il est plus volumineux dans sa première période. Dans cet âge, la nature a toutes les ressources nécessaires pour opérer la formation du cal; l'action des muscles est moins intense et les os plus spongieux. Ainsi, une fracture peut être bien consolidée le vingtième jour chez un enfant, tandis qu'elle ne le sera que le quarantième chez l'adulte : quelquefois la vieillesse oppose un obstacle invincible à la formation du cal. Plus cet âge est avancé, plus l'état vasculaire des os a diminué; plus le phosphate de chaux a augmenté, et plus leurs propriétés sont languissantes. Aussi, leur réunion se fait-elle quelquefois attendre pendant un temps indéfini.

Sexe. Boyer pensait que les fractures se consolidaient plutôt chez les personnes du sexe : je pense que cette opinion a été un peu exagérée; mais il en est bien autrement dans l'état de grossesse, et, à cette occasion, il me suffira de citer une observation bien remarquable d'Alençon (*Méd. obs.*, tom. IV, obs. 37).

Une femme, au deuxième mois de sa grossesse, eut une fracture du tibia, dont la consolidation ne fit aucun progrès pendant les sept mois qu'elle

porta dans son sein le fruit de la conception. Neuf semaines après l'accouchement, le cal avait acquis assez de solidité pour que la malade pût marcher dans sa chambre, et elle ne tarda pas à recouvrer l'usage de son membre ; et ce qui prouve qu'aucun vice général de la constitution ne mettait obstacle à la formation du cal, s'est que trois mois avant la conception elle avait été heureusement et promptement guérie d'une fracture de la cuisse. Je n'entends pas dire pour cela que la grossesse entrave toujours la consolidation des fractures.

Tempérammment. La guérison des fractures s'opère plus promptement chez les sujets doués d'une bonne constitution que chez les individus faibles et épuisés par des maladies antérieures. Il arrive cependant que les causes qui retardent ou empêchent la consolidation des fractures restent souvent inconnues; on a vu des fractures simples ne se consolider qu'après plusieurs mois, quoiqu'elles eussent été soumises aux moyens les plus rationnels. Il en est même qui ne se consolident jamais, ainsi qu'on peut le voir dans un exemple cité par S. Cooper : « Une fracture ne s'étant pas consolidée après un temps très-long chez un jeune homme qui avait toutes les apparences d'une bonne santé, on pratiqua la résection des bouts des fragments, ce qui ne donna lieu à aucun accident ; mais malgré l'immobilité dans

laquelle le membre fut maintenu, la réunion ne se fit pas plus qu'auparavant. »

Maladies constitutionnelles et locales. Parmi les causes qui retardent et empêchent même quelquefois la formation du cal, on doit mettre en premier lieu une faiblesse accidentelle ou constitutionnelle, souvent dépendante d'une cause locale : telle est l'espèce de scorbut décrit par Cloquet et qui, d'abord local, pourrait, par la négligence du chirurgien, retentir plus tard dans toute la constitution. Cette complication s'est quelquefois manifestée sur des sujets débilités, chez lesquels on avait abusé des antiphlogistiques pour combattre certains accidents inflammatoires. C'est toujours à l'endroit de la fracture que cette maladie se déclare, et s'il existe quelque plaie, les bords en sont mous, livides et saignants (1).

Certaines maladies constitutionnelles peuvent, dans plusieurs circonstances, retarder la formation du cal; ces affections sont :

1° *Les scrophules.* La consolidation des fractures a presque toujours lieu chez les sujets scrophuleux, cependant ce vice y aurait mis obstacle dans quelques cas cités par Desault ;

2° *La syphilis.* Quoique Lagneau n'ait jamais

(2) Guy de Chauliac parle de la trop grande irrigation avec l'eau chaude; il pense que cela ajoute à la longueur de la réunion des os fracturés.

vu la formation du cal retardée par une syphilis constitutionnelle, Nicod et Sanson en rapportent des exemples. Les malades, après avoir passé plusieurs mois dans les appareils, n'ont pu être guéris qu'après l'usage du spécifique;

3° *Le cancer.* Je ne veux parler que du cancer de l'os; la fracture est alors incurable.

Enfin, les affections dartreuses, psoriques, la diathèse arthritique, la dentition, la masturbation, un accroisssement subit et considérable, la puberté, une menstruation excessive, les passions tristes, sont autant de causes considérées comme pouvant s'opposer à la consolidation des fractures.

Dans les cas où toute l'économie a ressenti les effets de quelques-unes de ces fâcheuses complications, le praticien doit se hâter de les guérir, en même temps qn'il songe au traitement de la fracture; car ces maladies n'empêchent pas seulement le cal de se former, mais elles le détruisent même quand il est consolidé depuis plusieurs mois. Les fièvres graves, la gangrène, peuvent encore dissoudre le cal; mais aussitôt après la guérison de ces maladies, on peut compter sur la formation d'un nouveau cal. Je citerai, enfin, les maladies locales de l'os fracturé, telles la carie, la nécrose, les hydatides et d'autres maladies générales et locales; telles les diar-

rhées et dysenteries rebelles, la suppuration, l'érysipèle, etc.

Pansement des fractures. Le chirugien, dans le traitement des fractures qui n'offrent aucune fâcheuse complication, se borne à les réduire et à maintenir les fragments dans la plus parfaite immobilité; il doit prévenir et combattre les diverses complications qui peuvent survenir et entraver la marche que suit la formation du cal; il ne doit pas considérer l'époque du quarantième jour comme le temps dans lequel les fractures doivent se consolider. On a remarqué, par exemple, que le volume des os et celui des muscles influaient beaucoup sur la formation et la régularité du cal. Ainsi, on a observé qu'il fallait plus de temps pour guérir d'une fracture du fémur que de celle de l'humérus; aussi doit-on, avant de permettre au malade de se servir de son membre inférieur, s'assurer, soit en imprimant des mouvements latéraux, soit en le soulevant dans son extrémité qu'il ne peut fléchir sous le poids du malade, et que par conséquent il ne peut se déformer ni se rompre. On a voulu expliquer le temps qu'il faut pour obtenir la consolidation des fractures par le volume et l'énergie des propriétés vitales des os fracturés et par l'activité plus grande dans la circulation des parties supérieures. Mais tout a été exagéré. Le volume moindre des os et les

efforts moins considérables qu'ils ont à supporter tranchent plutôt la difficulté. Le cal, enfin, se forme d'autant mieux, que la fracture est moins oblique, que l'os est plus spongieux.

L'application des appareils devra être faite d'après les règles de l'art. Ils ne doivent être ni trop relâchés ni trop serrés. S'ils étaient trop relâchés, ils permettraient des consolidations vicieuses; trop serrés, ils pourraient occasionner la gangrène. Le chirurgien doit avoir le soin de visiter de temps en temps l'appareil. Il devra aussi examiner si le cal se forme régulièrement; il surveillera, dans la première période, l'engorgement des parties molles. Enfin, après une quinzaine de jours, s'il n'est point survenu d'accidents, si le cal parcourt régulièrement toutes ses périodes, on observe, suivant Delpech, une tension circonscrite, dont les extrémités des fragments eux-mêmes sont le siège. Alors, à la crépitation succède la douleur, lors du déplacement des bouts fracturés. Après cette époque, le cal se solidifie de jour en jour, et on peut espérer une bonne réunion.

Défaut de rapport entre les fragments. Le défaut de coaptation des fragments s'oppose nécessairement à la régularité du cal. Il peut arriver que les deux extrémités d'un os cylindrique fracturé ne se rencontrent que dans la moitié ou le quart de leur circonférence. Alors le cal offre une grande

irrégularité et ne se consolide qu'après un temps très-long. Quelquefois l'interposition de quelque plan fibreux peut empêcher le cal de se former ou de parcourir régulièrement toutes ses périodes ; cependant, au rapport de Bérard, à la suite d'une fracture de la clavicule, les deux fragments séparés par un intervalle qui remplissait le muscle sous-clavier, se réunirent par deux points différents et laissèrent un espace qu'occupait ce muscle. On a même vu des corps étrangers se loger entre les fragments et ne point entraver les périodes de la formation du cal.

Le repos est généralement de rigueur pour obtenir la guérison des fractures; l'indocilité du malade a souvent occasionné des guérisons avec difformité Cependant, j'ai vu, à la Maison des aliénés de Montpellier, une femme assez âgée, qui, malgré son obstination à enlever tous les appareils qui furent placés, guérit sans difformité d'une fracture de l'avant-bras.

On a aussi vu à la Salpêtrière, une jeune fille aliénée, guérir d'une fracture de la clavicule, dans le temps ordinaire, malgré les mouvements désordonnés qu'elle imprimait à son bras. Il peut arriver, enfin, qu'un même os soit fracturé en deux points différents ; il est alors bien difficile de le réduire, de le maintenir, et d'éviter la formation d'un cal vicieux.

La direction de la fracture contribue quelquefois à la difformité du membre. Les fractures dites en bec de flûte, sont bien plus difficiles à maintenir que celles en rave; aussi, est-il bien rare qu'il n'y ait pas un peu de raccourcissement dans le membre. Dans tous les cas de fractures, le chirurgien doit avoir le soin de faire reposer le membre sur un plan bien horizontal; il doit surtout observer que le point du lit qui correspond à la fracture ne soit ni élevé ni abaissé, autrement le membre obéissant à son propre poids, tendrait à former un angle dans ce point, et outre la formation d'un cal vicieux, une inflammation pourrait s'emparer du membre fracturé et y déterminer la gangrène, le sphacèle. Le défaut de rapport entre les fragments, alors surtout qu'ils ne jouissent pas de la même vitalité, retarde encore la formation du cal. Dans les fractures du col du fémur, par exemple, le fragment inférieur, doué de plus de vitalité, fournit au supérieur des bourgeons charnus qui viennent l'envelopper; mais le cal est toujours difforme et gêne la déambulation.

Enfin, il est des os tels que la rotule, l'olécrane qui, dans leurs fractures transversales, apportent avec eux la cause de leur déplacement; aussi, dans ce cas, on obtient difficilement leur réunion. Souvent ces os ne se réunissent qu'au moyen

d'un ligament; mais les fonctions du membre ne sont point gênées lorsque les fragments se trouvent à une petite distance les uns des autres. Encore, dans ce cas, peut-on avoir recours à des appareils mécaniques?

Cal vicieux. Le cal se forme d'une manière vicieuse, toutes les fois que la fracture n'a pas été réduite, qu'elle a été mal opérée, ou que le malade a voulu trop tôt abandonner les appareils, d'où il peut résulter une courbure du membre, quelquefois une fausse articulation.

Les moyens de remédier à ces difformités sont différents suivant les cas. Il sera, je pense, du devoir du chirurgien de redresser le cal toutes les fois qu'il ne sera pas ossifié. On peut employer, dans ce cas, l'extension permanente, en même temps qu'on exercera une pression sur la saillie formée par la réunion vicieuse de l'os.

Celse a proposé de faire céder le cal au moyen de l'extension et de la contre-extension; ce procédé a été employé avec avantage par Dupuytren; OEsterlen a souvent rompu le cal formé depuis plusieurs mois au moyen d'une presse mécanique. Il est vrai que ce moyen n'a été employé que dans les cas où le malade fatigué de traîner un membre qui lui était à charge, demandait instamment l'opération; mais ce procédé dangereux ne saurait être trop condamné. C'est encore une de ces

opérations de complaisance, à laquelle le chirurgien ne doit jamais céder. On a mieux agi dans certains cas, quand on a essayé de ramollir le cal au moyen du séton et des débilitants locaux.

Quant au traitement des fausses articulations, on a dû renoncer à la résection des parties et à la rugination, moyens dangereux et barbares. On a encore employé la cautérisation, les caustiques; enfin, le frottement des fragments l'un contre l'autre. Ces moyens furent abandonnés, lorsque Percy songea à renouveler l'état inflammatoire des parties par l'emploi du séton, qu'il put laisser dans la partie jusqu'à la parfaite consolidation de la fracture. L'appareil inamovible pourra encore être employé, mais on devra prolonger son emploi pendant un temps très-long. Enfin, il sera préférable de se servir, dans le plus grand nombre des cas, des appareils mécaniques tellement perfectionnés de nos jours, qu'ils donnent au membre toute la solidité désirable.

Sciences médicales.

Qu'est-ce que l'acné? Etablir le siége, les causes; décrire les symptômes de l'acné rosacea.

Sous le nom d'*acné*, on a décrit dans ces derniers temps plusieurs variétés, je puis même dire plusieurs maladies différentes, qui chacune demanderait une définition particulière.

Quand on remonte à l'origine de ce mot, on voit que l'acné, de ἀκνὴ ou ἀκμὴ, qui signifie *vigueur, force*, a dû servir d'abord à désigner cette maladie pustuleuse, qui atteint le plus souvent les jeunes gens des deux sexes, doués en apparence d'une bonne constitution. Ætius, Sauvages, Cullen ont adopté cette dénomination, pour désigner la même maladie que M. Alibert a décrit sous le nom de *varus*. Willan et Bateman ont fait connaître quatre espèces d'acné : le simplex, le punctata, le rosacea, qui serait mieux désigné sous le nom de *rosea*, et l'acné indurata.

Quant à cette dernière espèce, on pourrait la considérer comme une variété de l'acné simplex; il arrive seulement, dans ce cas, que plusieurs

follicules enflammés se trouvent renfermés dans la même pustule, la suppuration se fait plus long-temps attendre et la résolution peut s'opérer. Enfin, quelques auteurs joignent à ces espèces le sycosis menti ou mentagre.

Je pense qu'on doit entendre par acné cette maladie qui, sous l'influence d'une cause interne, se présente à la peau sous la forme de pustules isolées, rouges, dures, douloureuses à la pression, se terminant le plus souvent par la suppuration.

Cette maladie appartient au quatrième groupe d'Alibert (dermatoses dartreuses), à la cinquième classe de Plenck qui l'a rangée dans les papules, au septième ordre de Willan, qui l'a mise au nombre des tubercules.

En voyant ces classifications, ne doit-on pas regretter que ces hommes supérieurs leur aient donné cours dans la science.

Le point de départ de la classification de ces maladies me paraît tout-à-fait vicieux, chaque auteur s'étant attaché à la forme et non au fond.

Une classification plus méthodique à mon avis, serait celle qui reposerait sur la nature de ces maladies; car, ce qui m'a étonné, c'est de voir l'érythème, l'érysipèle et le charbon figurer dans le même groupe de la classification d'Alibert; je n'ai pas été moins surpris de voir les *vari* figurer avec l'herpès et la lèpre dans la cinquième classe de

Plenck, et la variole avec la gale dans celle de Willan.

Ces classifications devaient donc nous en faire désirer une meilleure. Aussi Alibert a-t-il divisé plus tard les maladies de la peau en teigneuses, dartreuses, scrophuleuses, syphilitiques, cancéreuses, etc.; il est vrai que chaque groupe ne présente pas des caractères aussi tranchés, mais tout en étudiant mieux l'essence de ces maladies, il est à désirer que les pathologistes travaillent sur ce modèle.

L'acné est une maladie très-commune chez les jeunes gens. Elle débute ordinairement dans l'adolescence, quelquefois à l'époque de la puberté, se manifeste à la face et le plus souvent sur le nez, le front, les tempes, dans les endroits où la barbe commence à paraître; mais son siège le plus habituel est sur la région dorsale. Il se déclare quelquefois des pustules isolées sur les épaules et la poitrine; mais les extrémités supérieures et inférieures paraissent en être exemptes. Les pustules de l'acné varient en nombre et en volume; elles se développent sans douleur et paraissent, suivant les auteurs, être le résultat de divers modes d'irritation des follicules sébacés. Ces pustules ne paraissent que successivement, et s'annoncent sous la forme de petits points rouges, qui se développent et se remplissent de matière

sébacée sécrétée par ces follicules et qui constituent ainsi une pustule. Quelquefois ces pustules sont entremêlées de tannes; elles suivent isolément leur marche sans présenter tous les caractères de l'inflammation. Suivant Rayer, les pustules débutent par une élevure folliculeuse pleine de matière sébacée, qui, par suite de la distension du follicule ou par toute autre cause, s'est elle-même enflammée. Elles renferment un bourbillon qu'on peut faire sortir en exprimant la pustule. Il existe longtemps après leur dessiccation une tumeur dure, rouge, circonscrite, tantôt les pustules sont suivies d'indurations tuberculeuses violacées, tantôt elles laissent de légères cicatrices. L'acné atteint indistinctement les deux sexes; les jeunes filles y sont surtout sujettes après leur première menstruation; les pustules se montrent très-souvent au front, et semblent chez elles se développer spontanément dans cette région. On a cru que cette maladie atteignait de préférence les jeunes gens qui s'adonnaient à l'onanisme ; je ne le pense pas, je crois plutôt qu'on la rencontrerait plus souvent chez ceux qui, exempts de ce vice, mais d'un tempérament sanguin, feraient usage d'aliments trop excitants, se livreraient à des excès de boissons, à des exercices violents, seraient sujets aux irritations gastriques ou hépatiques. Je pense enfin que l'acné est plutôt sous l'influence de ces causes,

qu'elle ne dépend d'une affection primitive des follicules sébacés.

On distingue cinq espèces d'acné, ou plutôt cinq variétés :

1° L'acné simplex, qui atteint le plus souvent les jeunes gens et les jeunes filles à l'époque de la puberté, et qui se déclare soit isolément, soit spontanément, sans l'apparition d'aucun symptôme général et sans que leur santé soit nullement dérangée.

2° L'acné indurata est liée à l'espèce précédente; mais les pustules sont plus volumineuses et le noyau formé par l'inflammation de plusieurs follicules sébacés. La suppuration se fait plus long-temps attendre et souvent même n'a pas lieu. Ces espèces de tubercules persistent plus long-temps que celles de l'acné simplex et paraissent être plus particulièrement liées à des irritations abdominales. Comme l'acné simplex, cette espèce occupe la face et le dos, les pustules sont plus douloureuses que celles de l'espèce précédente, et laissent quelquefois de petites cicatrices oblongues qui paraissent être un des caractères distinctifs de cette espèce. Ces pustules ne se réunissent jamais en un seul foyer ; quelquefois leur centre est jaunâtre. Cette couleur est alors due à la concrétion de l'humeur formée par ces boutons pustuleux, qui, à leur terminaison, présentent de légères

croûtes squammeuses, et dont la résolution est longue à s'opérer. L'induration de ces pustules persiste pendant plusieurs semaines.

3° L'acné punctata se manifeste par des petits points noirs, quelquefois un peu déprimés, formés par l'accumulation de la matière sébacée dans les follicules de la peau ; elle se lie souvent aux autres variétés. Alibert les a comparés à ceux qui résultent sur la peau de l'incrustation de petits grains de poudre lancés par une arme à feu.

4° L'acné sébacea a été observée dans la jeunesse et l'âge adulte ; elle a été regardée comme une phlegmasie plus ou moins intense des follicules sébacés, qui peut envahir toutes les parties du corps ; mais on l'observe le plus souvent à la face. Le malade éprouve, dans la partie qui doit en être le siège, une excitation légère, la peau devient huileuse, les ouvertures des canaux folliculaires sont obstrués par le fluide sébacé solidifié. Cette maladie se manifeste quelquefois chez les femmes lymphatiques, à la suite de l'accouchement.

5° *Acné rosacea.* Je devrais peut-être, pour me renfermer dans le cadre de la question, séparer entièrement cette maladie, mais elle se lie si intimément aux espèces précédentes, qu'elle ne peut faire l'objet d'un chapitre particulier.

L'acné rosacea, vulgairement appelé *couperose,* à cause de sa rougeur érythémateuse plus ou

moins prononcée, s'observe le plus souvent dans l'âge mûr. C'est ordinairement au nez que cette maladie se manifeste, et on observe qu'avant son apparition, le visage et plus particulièrement le nez, après un excès, une insolation, conservent pendant quelque temps une teinte rouge, qui finit par disparaître, pour revenir encore lorsque l'individu s'est exposé aux mêmes causes. Quelques pustules se développent et la rougeur prend une teinte violacée; cette couleur envahit quelquefois les joues, mais rarement les autres parties du visage. La teinte particulière que présente cette maladie est diversement nuancée dans tous ses points ; le plus souvent elle se borne au nez, qui se couvre de pustules suivies d'induration. Lorsqu'elle est portée à un plus haut degré, on voit des ramuscules veineux, de teinte violacée, se développer autour des excroissances charnues qui se sont manifestées. Cette maladie n'est pas toujours portée à ce point; elle se borne quelquefois à de simples plaques rougeâtres, comme érythémateuses; enfin, d'autres fois, il se développe des pustules à sommet jaunâtre, qui donnent à la physionomie un aspect tout particulier.

L'acné rosacea n'atteint ordinairement que les personnes d'un âge mûr; mais j'ai vu cette maladie débuter chez un jeune homme de vingt ans et chez une jeune dame de vingt-cinq ans : la

maladie avait envahi le nez et une partie des joues. Les auteurs s'accordent, en général, à adopter comme causes de la couperose, l'habitation des climats froids et humides. Serait-ce parce que la transpiration se supprimerait trop souvent dans ces climats ou parce qu'elle y serait trop peu abondante ? La suppression du flux hémorrhoïdal chez les hommes est considéré comme une des causes les plus puissantes.

L'usage de certains fards, dont les femmes se servent dans l'âge mûr pour relever leur beauté fugitive, ainsi que certaines lotions styptiques et astringentes, peuvent lui donner naissance pour peu que le sujet y soit prédisposé ; on compte encore parmi les causes les excès de table. Ainsi, les personnes qui s'adonnent à l'ivrognerie sont rarement exemptes de cette maladie. On peut encore ranger au nombre des causes les professions qui exigent une attitude telle, que le sang doit se porter nécessairement à la tête. On a dit que les goutteux étaient souvent atteints de cette maladie, d'où quelques auteurs on fait dériver le mot *goutte rose*, que les modernes ont appelé *couperose*. Mais comme les excès de table disposent également à ces deux maladies, ne pourrait-on pas, lorsqu'elles existent chez le même sujet, attribuer l'acné à cette dernière cause. Tous les auteurs s'accordent à considérer cette maladie comme héréditaire, mais

ils ont observé qu'elle débutait rarement dans la vieillesse ; elle paraît aussi très-souvent liée à une irritation des viscères abdominaux et surtout au dérangement des fonctions du foie et de l'estomac. Alibert, en admettant l'hérédité, les excès de table et quelques-unes des causes que je viens d'énumérer, dit que cette maladie tient encore à la qualité de la peau, à la diversité des téguments, mais il pense cependant qu'une des causes les plus puissantes est la diminution des excrétions habituelles ; ainsi les femmes mal réglées ont leur visage dégradé par cette maladie. Les personnes, dit cet auteur, qui sont tourmentées par la bile et par la constipation, sont très-sujettes aux varus. Il a observé que lorsque la couperose ne s'est manifestée que d'un seul côté, c'était toujours du côté droit correspondant au système hépatique.

Elle succède souvent à l'acné simplex et à l'acné indurata, et s'annonce quelquefois long-temps avant son apparition par de légères taches rougeâtres, paraissant lorsque les individus qui y sont prédisposés font quelques écarts de régime, ou s'exposent à un froid violent. Elle débute ordinairement par un prurit léger et un sentiment de chaleur dans la partie qui doit en être le siège. Plus tard, il s'y développe des pustules plus petites que celles de l'acné ; elles sont acuminées et se développent successivement. Ces

pustules sont plus rouges et plus enflammées chez les individus qui se livrent à la bonne chère et aux liqueurs alcooliques. Elles suppurent quelquefois, se dessèchent, se couvrent d'une croûte mince sans disparaître entièrement; et quand un certain nombre de ces pustules s'est succédé, il se forme à l'entour une tumeur légère, aplatie, superficielle, persistante. Bientôt se développent de nouvelles pustules acuminées, à base large et entourées d'une auréole enflammée. Celles-ci sont ordinairement suivies d'indurations tuberculeuses, sur lesquelles viennent s'enter de nouvelles pustules, et, dans certains cas, de vraies tumeurs sarcomateuses, quelquefois supportées par un pédicule, et qui ressemblent ainsi à certains fruits; mais la maladie que j'ai à décrire ne s'étend pas toujours jusque-là, et on doit considérer plutôt ces tumeurs comme en étant une dégénérescence.

Les parties affectées présentent un grand degré de sensibilité lorsque le sujet fait des excès, et qu'il entre surtout pendant l'hiver dans des lieux trop échauffés. Il est alors tourmenté par des douleurs incommodes, semblables à un sentiment de brûlure, qui les force à baigner leur visage dans l'eau. (Guy de Chauliac, qui paraît avoir observé cette maladie, dit qu'elle existe quelquefois avec enflûre, d'autres fois avec pus-

tules et croûtes). Cette maladie n'est pas toujours aussi bénigne; quelquefois des pustules de mauvaise nature se multiplient au point d'envahir toute la face, et gagner même les parties profondes. Alors les conjonctives s'enflamment, les gencives se tuméfient, les dents s'ébranlent, et cette maladie, portée au plus haut point, peut revêtir une forme scorbutique. Mais cette complication est fort heureusement très-rare.

FIN.

SERMENT.

Moi..... en présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfans l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!

MATIÈRE DES EXAMENS.

1er EXAMEN. — Histoire naturelle médicale, Physique et Chimie médicale. — Pharmacologie.

2me EXAMEN. — Anatomie, Physiologie.

3me EXAMEN. — Pathologie générale. — Pathologie interne et externe.

4me EXAMEN. — Thérapeutique et Matière Médicale, Hygiène, Médecine Légale, Épreuve écrite en français.

5me EXAMEN. — Clinique interne et externe. — Accouchements, Épreuve écrite en latin. — Épreuve au lit du malade.

6me EXAMEN — Présenter et soutenir une Thèse.

FACULTE DE MEDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES ✻, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET ✻ ✠.	*Clinique médicale.*
LORDAT ✻.	*Physiologie.*
DELILLE ✻.	*Botanique.*
LALLEMAND ✻.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL ✻.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL ✻, Examinat.	*Anatomie.*
DELMAS ✻.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH ✻.	*Pathologie médicale.*
SERRE ✻, Prés.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD ✻.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR ✠.	*Pathologie et Thérap. génér.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
BOUISSON.	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.	MM. JAUMES.
BERTIN.	POUJOL, Exam.
BATIGNE.	TRINQUIER.
BERTRAND.	LESCELLIÈRE-LAFOSSE.
DELMAS fils, Exam.	FRANC.
VAILHÉ.	JALLAGUIER.
BROUSSONNET fils.	BORIES.
TOUCHY.	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.